

Psicología Clínica en Atención Primaria

Antonio Cano Vindel

Universidad Complutense de Madrid

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)

Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS) y constituye el pilar más importante de la sanidad pública. Pretende llegar a toda la población y se basa en principios de equidad, eficacia y coste-efectividad. La gran mayoría de los casos de pacientes con problemas psicológicos son atendidos en AP. Dentro de esta atención cabe distinguir: los trastornos mentales, las enfermedades crónicas que cursan con problemas psicológicos o estilo de vida no saludable y los problemas vitales estresantes.

Los problemas psicológicos en AP

Actualmente, en España no hay psicólogos en AP, aunque sí los hubo en el pasado. Por ello, la atención psicológica a pacientes con trastornos mentales comunes, de gravedad leve o moderada, así como los pacientes con enfermedades físicas crónicas que presentan problemas psicológicos o a cualquier paciente con problemas subclínicos de tipo ansioso, depresivo u otros problemas emocionales o del estrés, se lleva a cabo por el médico de AP (MAP), generalmente con psicofármacos.

Respecto a los trastornos mentales, el MAP deriva a los servicios especializados de Salud Mental tan sólo los casos de trastorno mental grave y una pequeña proporción de pacientes con trastornos mentales comunes, con problemas de ansiedad o depresión. Estos pocos casos de trastornos emocionales que son derivados a Salud Mental, no siempre serán atendidos por los psicólogos especialistas en psicología clínica, adscritos a dicho servicio, dado que el SNS en España sólo tiene en plantilla una media de 5,7 psicólogos por 100.000 habitantes, frente a los 57 de Finlandia (World Health Organization, 2014). Esta escasez de psicólogos en el SNS acarrea largas listas de espera para la atención psicológica, así como consultas de corta duración y excesivamente espaciadas en el tiempo, que no pueden ser eficaces, aunque se apliquen las técnicas adecuadas. De manera que los pacientes con ansiedad o depresión que son derivados a Salud Mental, bien son atendidos por el psiquiatra, que prescribe medicación y devuelve al paciente a AP, para su seguimiento, o bien recibe unas pocas sesiones cortas y espaciadas de psicología, hasta que abandona su tratamiento al cabo de unos 6 meses.

Para el paciente con enfermedad crónica y depresión no suele haber derivación por sus problemas emocionales, sino que en todo caso se trata con antidepresivos. La educación para la salud, cuando se hace, la suele llevar a cabo la enfermera, que no tiene formación en psicología de la salud ni en modificación de conducta o de hábitos no saludables.

Por último, para los pacientes con problemas vitales estresantes, como el duelo o el trauma, el tratamiento habitual de AP se realiza mediante psicofármacos, en contra de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomienda apoyo social y psicológico.

Los trastornos mentales comunes en AP

Los trastornos mentales más frecuentes en todo el mundo son los trastornos de ansiedad y la depresión. La prevalencia de los trastornos mentales comunes en las consultas de Atención Primaria (AP) en España es muy alta y afecta a personas en edad laboral. Un estudio realizado con pruebas de cribado (PRIME-MD) encontró que el 49,2% de los pacientes que acudían a las consultas de Atención Primaria de toda España cumplieron los criterios diagnósticos para al menos un probable trastorno de ansiedad, depresión o somatización (Roca et al., 2009): 35,8% para depresión, 25,6% ansiedad y 28,8% somatizaciones, con altas comorbilidades entre ellos.

Los trastornos mentales comunes tienden a aumentar de forma significativa e inmediata con el estrés psicosocial, lo que parece ser un indicador de su naturaleza psicológica y social, aunque sean tratados principalmente con técnicas farmacológicas. Un estudio encontró un aumento de trastornos emocionales en las consultas españolas de AP durante el periodo 2006-2010, incremento que alcanzó el 19,4% para trastorno depresivo mayor, el 8,4% para trastorno de ansiedad generalizada y el 7,3% para las somatizaciones (Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2013).

En el Estudio Epidemiológico Europeo sobre los Trastornos Mentales (ESEMeD), en el que está incluido nuestro país, se encontró que, en los últimos 12 meses, el 64,2% de los pacientes europeos con trastornos mentales había sido atendido por un médico de AP (Kovess-Masfety et al., 2007). El tratamiento psicológico para los trastornos de ansiedad, recomendado por las guías NICE (2011), se aplicó en España tan sólo en el 0,9% de los casos, mientras que un 60,1% consumió algún psicofármaco y un 39% no recibió ningún tratamiento (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernández, Usall, et al., 2007).

En el contexto de AP, la duración media de la consulta por paciente es de unos 5-6 minutos (Deveugele, Derese, van den BrinkMuinen, Bensing, & Maeseneer, 2002), lo que no permite realizar una correcta educación sobre el manejo del estrés y las emociones, con información y atención psicológica, como aconsejan las Guías de Práctica Clínica (NICE, 2011) o la propia OMS. Además, el médico informa en los estudios publicados que no posee formación suficiente para poder proporcionar este tipo de educación y entrenamiento en aspectos psicológicos (Latorre Postigo, López-Torres Hidalgo, Montañés Rodríguez, & Parra Delgado, 2005). Estas circunstancias originan una baja tasa de detección y derivación correcta para los trastornos de ansiedad (Fernández, Rubio-Valera, et al., 2012) y para la depresión (Fernández et al., 2010). A su vez, el porcentaje de casos tratados con técnicas mínimamente basadas en la evidencia alcanza tan sólo el 30,5% (Fernandez et al., 2006).

Este panorama de difícil acceso al tratamiento psicológico está relacionado con un elevado consumo de fármacos psicotrópicos para problemas emocionales en la población española (Codony et al., 2007), que no ha parado de crecer desde que tenemos registros, llegando a ser uno de los primeros países de la OCDE en porcentaje de gasto en este tipo de psicofármacos sobre el total del gasto farmacéutico. Este coste alcanzó en 2014, según datos de la OCDE, cerca de 700 millones de euros en ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos, con un consumo anual medio de 142 dosis diarias definidas por mil habitantes (OECD, 2016), equivalente a un tratamiento completo diario para el 14,2% de la población por problemas emocionales. En la última Encuesta Europea de Salud, publicada en 2015, el 18,9% de los españoles con 15 o más años había consumido en las dos últimas semanas psicofármacos de tipo tranquilizante, relajante o somnífero; y el 8,4% había consumido antidepresivos o estimulantes (INE, 2015).

Sin embargo, es evidente que este tipo de tratamiento no es eficaz para estos trastornos, de manera que los pacientes tienen una tasa de frecuentación en las consultas de AP 19,1 veces superior a los ciudadanos sin trastornos y sin síntomas emocionales (Alonso et al., 2007).

También señalar que somos el segundo país de la OCDE en consumo de tranquilizantes (56,4 DDD por 1000 habitantes y día; media = 20,7; rango 4,0-97,2), a pesar de que estos fármacos tienen efectos secundarios no deseados, tales como el aumento en un 60% del riesgo de sufrir accidentes de circulación (Dubois, Bédard, & Weaver, 2008). En cuanto a la población de conductores fallecidos, el informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses de 2014, el 10,7% de los conductores fallecidos habían consumido psicofármacos. El 20,2% de los peatones fallecidos en accidente de circulación también habían consumido psicofármacos (Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, 2015).

El consumo de benzodiacepinas también está asociado con un incremento del 50% de riesgo de rotura de cadera en personas ancianas (Bakken et al., 2014), lo que a su vez también aumenta notablemente la discapacidad y la tasa de mortalidad (Kammerlander et al., 2011).

Los costes de los trastornos mentales

Los costes generales de los trastornos mentales y del cerebro en España (Parés-Badell et al., 2014) en el año 2010 alcanzaron los 83.749 millones de euros anuales (aproximadamente el 8% del PIB de nuestro país en 2010), lo que superó el gasto público sanitario total, que fue de 69.357 millones de euros (6,6% del PIB de 2010). De acuerdo con los datos de este estudio, los trastornos depresivos, los de ansiedad y las somatizaciones alcanzarían un gasto total de 22.778 millones de euros (2,2% del PIB), casi la mitad del coste de todos los trastornos mentales (45.998, el 4,4% del PIB), debido a su alta prevalencia. Los trastornos depresivos supondrían 10.763 millones de euros (1%), los de ansiedad 10.365 (1%) y las somatizaciones 1.650 (0,2%).

El desglose de los costes para estos trastornos emocionales muestra los siguientes datos: los costes directos sanitarios alcanzaron 9.634 millones €, 0,9% PIB; los costes directos no sanitarios, 1.558 millones €, 0,1% PIB; y los costes indirectos, 11.583 millones €, 1,1% PIB. Si analizamos, a modo de ejemplo, los costes sanitarios generados por los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), uno de los trastornos emocionales más prevalente en AP, cabe destacar las visitas a Atención Primaria y a diferentes especialidades (digestivo, cardiovascular, salud mental, etc.) así como el consumo de psicofármacos. En el estudio ANCORA el gasto sanitario del paciente con trastorno de ansiedad generalizada se multiplicó por 2,7, frente al gasto del paciente sin problemas emocionales; mientras que el gasto por hiperfrecuentación a las consultas médicas se multiplicó por 3,4 y el gasto en medicamentos por 3,3. Según este estudio, este trastorno conlleva unos sobrecostes sanitarios de 1.206 euros por paciente, atribuidos al TAG, de los que la medicación supone 303,3 euros; pero el mayor capítulo de gasto se iría en los gastos indirectos que alcanzarían otros 4.450,6 euros, es decir el 59% del coste total del TAG, que supondría los 5.376 euros anuales por paciente (Rovira et al., 2012).

Si analizamos los costes indirectos que generan estos trastornos emocionales en nuestro país (Parés-Badell et al., 2014), es decir, aquellos derivados de la pérdida de productividad, se ha observado que suponen un 50,9% del total. Así, por ejemplo, los trastornos emocionales acarrear procesos de Incapacidad Temporal (IT) de duración bastante mayor (3-4 veces) que la considerada óptima por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS). Este es el caso para la

depresión (Catalina Romero et al., 2011), los trastornos de ansiedad (Catalina-Romero et al., 2013) y trastornos adaptativos (Catalina-Romero et al., 2012).

En estos cálculos no están incluidos los casos subclínicos, pero recordemos que según ESEMeD un 11,9% de la población española consumía en 2003 tranquilizantes sin tener síntomas suficientes para un diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresivo (Codony, Alonso, Almansa, Vilagut, Domingo, Pinto-Meza, Fernández, Serrano-Blanco, et al., 2007). Además, sobre los datos de esta encuesta poblacional se encontró que el 1,4% de la población española presentaba depresión subclínica, que se asociaba con un peor estado de salud y mayor discapacidad que las personas sin síntomas de depresión, lo que implica también más costes en AP (Rivas, Nuevo, & Ayuso-Mateos, 2011). Tampoco están incluidos los trastornos adaptativos, que presentan una prevalencia y costes significativos (Catalina-Romero et al., 2012; Fernández, Mendive, et al., 2012). Ni tampoco los sobre costes de pacientes que teniendo problemas crónicos de salud (entorno al 16% de prevalencia) presentan trastornos de ansiedad y depresivos comórbidos (aproximadamente la mitad, un 8%), cuyos costes se duplican (INE, 2015; Layard & Clark, 2015; Naylor et al., 2012).

Como señala un informe del gobierno británico, muchas personas con condiciones físicas crónicas también tienen problemas de salud mental, especialmente trastornos de ansiedad y depresión. Esta comorbilidad puede empeorar notablemente la salud y la calidad de vida (Naylor et al., 2012), aumentando la asociación con discapacidad de forma sinérgica, de manera que la OR resultante es superior a la suma de las OR de cada trastorno (Scott et al., 2009). E incluso, en pacientes con distintas enfermedades físicas, la depresión está asociada a un exceso de mortalidad (OR=1,52) (Cuijpers et al., 2014).

Los costes para el sistema de salud también son significativamente más altos, probablemente debido a esa interacción sinérgica entre problemas emocionales y condiciones físicas crónicas, que exacerba la enfermedad física, comórbida con problemas de salud mental, elevando los costes totales de la atención médica por lo menos un 45% para cada persona con una condición crónica y problemas de salud mental comórbidos (Naylor et al., 2012).

La carga de los trastornos mentales

Los trastornos neuropsiquiátricos en 2010 fueron el grupo de enfermedades que causó más discapacidad, siendo los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, junto con el consumo de sustancias, los que más contribuyeron a aumentar la cifra de años vividos con discapacidad, AVD (Lara et al., 2015).

La depresión es la cuarta causa en España que contribuye más al aumento de los años vividos con discapacidad (AVD). Así la depresión en 2010, dentro de las enfermedades neuropsiquiátricas, fue la más incapacitante suponiendo un total de 53.081 AVD, el 42,6% de la discapacidad originada por los trastornos mentales y por consumo de sustancias. Los trastornos de ansiedad originaron 13.311 AVD (10,7% de los AVD de los trastornos mentales y por consumo de sustancias). En este estudio, no había datos disponibles acerca de los años perdidos por mortalidad prematura (AVP) atribuible a depresión o trastornos de ansiedad.

Pero sabemos que, en España, el suicidio es la causa más probable de muerte en hombres jóvenes (20-49 años). Se trata de la principal causa de defunción por causas externas, que fue el séptimo grupo de causas en 2013. El riesgo de suicidio está aumentado para todos los trastornos

mentales en comparación con la población general, no sólo para los trastornos más graves, sino para los pacientes con trastornos mentales frecuentes de tipo emocional, ansiedad, depresión, adaptativos y control de impulsos, así como para las personas que han experimentado trauma infantil (Bernal et al., 2007). Así en este estudio se encontró un riesgo atribuible a la población de un 28% para intentos de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor; mientras que para el trastorno de ansiedad generalizada es del 4,0%.

Por todo ello, la OMS y el Foro Económico Mundial (Bloom et al., 2011) han advertido que los trastornos mentales producen más carga que las enfermedades físicas crónicas (trastornos respiratorios, cardiovasculares, diabetes y cáncer) y que serán en breve la primera causa de discapacidad a nivel mundial. Señalan que las economías occidentales no podrán aguantar estos costes crecientes, que en el año 2030 se habrán multiplicado por 2,4, si no los tratan con las técnicas más eficaces y costo-eficaces; es decir, si no realizan pronto reformas importantes en la atención de estos problemas, especialmente en AP, que es donde se atienden a la mayoría de estos casos.

El tratamiento psicológico de los trastornos emocionales

La Guía NICE para los Trastornos Mentales Comunes dice explícitamente que las técnicas cognitivo-conductuales son el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico, así como que no existe apenas apoyo para el tratamiento de los trastornos de ansiedad con tranquilizantes (benzodiacepinas), que pueden generar adicción, por lo que se desaconseja su uso (NICE, 2011).

En un meta-análisis sobre 48 estudios de alta calidad, publicado en 2015, se demostró que el tratamiento psicológico con técnicas cognitivo-conductuales es más eficaz que el tratamiento habitual de AP para la ansiedad y la depresión, especialmente cuando el tratamiento habitual se limita al tratamiento farmacológico o sólo añade pequeños complementos (Watts, Turnell, Kladnitski, Newby, & Andrews, 2015). El tamaño del efecto (g, de Hedges) fue significativamente superior, a favor del tratamiento psicológico, con un valor de 0,69 (IC 95% 0,47-0,92, $p < 0,001$, $n = 1.318$) para la ansiedad y 0,70 (g = 0,70, IC del 95%: 0,49 a 0,90, $p < 0,001$, $n = 5054$) para la depresión.

En otro meta-análisis de 26 estudios sobre la eficacia de los tratamientos no farmacológicos frente al tratamiento habitual en pacientes con somatizaciones ($n=2.658$), se encontró que la terapia cognitivo-conductual fue más eficaz que el tratamiento habitual y los efectos terapéuticos permanecieron durante al menos un año (van Dessel et al., 2014).

Aunque hay pocos estudios de alta calidad sobre seguimiento a largo plazo de recaídas, los resultados ponen de manifiesto que los pacientes de ámbitos clínicos, al igual que los de estudios experimentales, tratados con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales mantienen las ganancias terapéuticas a largo plazo. Así, los pacientes que son clasificados como respondedores o los remitentes en el postratamiento tienden a mantener sus ganancias al cabo de 1 año después del cese del tratamiento (DiMauro, Domingues, Fernandez, & Tolin, 2013).

A su vez, el ensayo CoBaT publicado en The Lancet Psychiatry concluye que el tratamiento psicológico cognitivo-conductual como un complemento a la atención habitual, que incluye antidepresivos, es clínicamente eficaz y rentable a largo plazo para las personas cuya depresión no ha respondido previamente al tratamiento farmacológico. Y termina diciendo, en vista de

esta sólida evidencia de eficacia a largo plazo y el hecho de que la intervención cognitivo-conductual representa una buena relación calidad-precio en el Reino Unido, los médicos deberían considerar la derivación al tratamiento psicológico de todos aquellos pacientes que no han respondido a los antidepresivos (Wiles et al., 2016).

La intervención psicológica no sólo es eficaz en el tratamiento de los trastornos mentales comunes de ansiedad y depresión (Watts et al., 2015) o somatizaciones (van Dessel et al., 2014), sino también en la reducción de síntomas emocionales en personas que experimentan altos niveles de estrés o trastornos adaptativos, lo que puede ser muy útil por ejemplo para reducir la carga de grupos de cuidadores informales (Hibbs, Rhind, Leppanen, & Treasure, 2015; Jensen, Agbata, Canavan, & McCarthy, 2015).

En definitiva, hay suficiente evidencia científica, como señala la Guía NICE, para recomendar el tratamiento psicológico cognitivo-conductual para los trastornos mentales comunes, por su eficacia, mantenimiento en el tiempo y ausencia de efectos adversos.

El tratamiento psicológico de las condiciones físicas crónicas

En un meta-análisis se analizaron los efectos del tratamiento psicológico sobre la depresión aplicado a los pacientes con trastornos médicos, encontrando tamaños del efecto que son muy similares a los encontrados en pacientes sin condiciones físicas crónicas. Así, los tamaños del efecto frente al tratamiento habitual fueron similares a los encontrados en pacientes con trastornos de ansiedad o depresivos sin comorbilidad física (van Straten, Geraedts, Verdonck-de Leeuw, Andersson, & Cuijpers, 2010). Las siguientes variables analizadas no se asociaron significativamente con el tamaño del efecto: tipo de trastorno médico, inclusión de pacientes en base a criterios de diagnóstico o síntomas depresivos, tipo de tratamiento, formato del tratamiento, ni tipo de grupo de control. Los autores concluyen que el tratamiento de la depresión concomitante a las enfermedades físicas debe ser una de las prioridades en los centros de Atención Primaria, por las consecuencias negativas que acarrea esta comorbilidad.

Aunque los pacientes con más de una condición física crónica presentan más síntomas emocionales que los que sufren una sola, el tratamiento psicológico es igualmente eficaz para ambos tipos de pacientes, independientemente del número de condiciones físicas crónicas que sufran (Campbell-Sills et al., 2013).

Diferentes meta-análisis han encontrado que el tratamiento psicológico es eficaz, e incluso más eficaz que el tratamiento habitual en Atención Primaria usando antidepresivos, en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con trastornos cardiovasculares (Baumeister, Hutter, & Bengel, 2011), cáncer (Jassim, Whitford, Hickey, & Carter, 2015), diabetes (Chapman et al., 2015), insomnio crónico (Wu, Appleman, Salazar, & Ong, 2015), o los trastornos somatomorfos y los síntomas físicos sin una explicación médica (van Dessel et al., 2014), así como el dolor crónico de espalda en adultos (Hoffman, Papas, Chatkoff, & Kerns, 2007), o dolor crónico en niños y adolescentes (Eccleston et al., 2014). También hay evidencia de que la intervención psicológica pediátrica mejora la adherencia al tratamiento de las condiciones físicas crónicas en jóvenes (Kahana, Drotar, & Frazier, 2008). Análogamente, la intervención con padres de niños que padecen enfermedades crónicas, como la diabetes o el asma, mejora el funcionamiento de los niños y los síntomas emocionales de los padres (Eccleston, Fisher, Law, Bartlett, & Palermo, 2015). De la misma forma, en procesos psicosociales como el estrés

postparto (Dennis & Dowswell, 2013; Song, Kim, & Ahn), el tratamiento psicológico puede ser eficaz en la reducción de problemas emocionales y prevención de trastornos futuros.

La iniciativa IAPT

En el año 2007, el gobierno del Reino Unido, tras analizar un panorama similar al que hemos revisado para España, puso en marcha el programa de “Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas” (Improving Access to Psychological Therapies, IAPT), dirigido a tratar los principales desórdenes emocionales mediante técnicas psicológicas cognitivo-conductuales en AP, siguiendo las recomendaciones de las Guías NICE. En los tres primeros años de funcionamiento, este programa permitió entrenar a más de un millón de personas en el manejo de su ansiedad, depresión y síntomas emocionales, con excelentes resultados, superiores al tratamiento habitual con psicofármacos, que se seguía en AP en ese país y que seguimos manteniendo en el nuestro (Department of Health, 2012; Richards & Borglin, 2011). Además, el tratamiento psicológico no sólo resultó ser más eficaz que el habitual, sino que demostró su mayor coste-eficacia y coste-utilidad, reduciendo más la discapacidad y las prestaciones sociales, además de los costes sanitarios (Radhakrishnan et al., 2013).

Por ello, actualmente, están extendiendo este sistema de “Mejora del Acceso a las Terapias Psicológicas” a la población infantil (Improving Access to Psychological Therapies –IAPT- For Children, Young People –CYP- and Their Families) (Fonagy & Clark, 2015) y a pacientes con enfermedad física crónica (Naylor et al., 2012). Además, se están planteando para un futuro inmediato (2020) duplicar la cifra de pacientes tratados hasta ahora en Atención Primaria, desde unos 450.000 anuales, hasta llegar a un millón por año, algo que según estos estudios podría costar cero, debido al ahorro de costes que ello supondría, tanto con pacientes con trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión), como con pacientes con enfermedad física crónica comórbida con ansiedad y depresión (Layard & Clark, 2015).

Sus argumentos se basan en los datos ya publicados y aceptados por la comunidad científica. Por un lado, el coste medio del tratamiento por paciente en el programa IAPT es de 650 libras (1.289 euros), por una sola vez, ya que el tratamiento es eficaz en al menos un 50% de los casos (Richards & Borglin, 2011) y su eficacia se mantiene a lo largo del tiempo (Wiles et al., 2016). Como los gastos sanitarios y sociales del paciente con trastorno mental común suponen una cifra similar, pero por cada mes, bastaría con que un 4% de los pacientes tratados se recuperase para la actividad laboral y volviese a trabajar durante 25 meses para recuperar el 100% (4 x 25) del gasto correspondiente a todos los pacientes tratados. Este cálculo es conservador en relación a los datos encontrados en los estudios publicados sobre recuperación de la discapacidad laboral, que indican que al menos un 5% de la discapacidad se había recuperado (Richards & Borglin, 2011).

Por otro lado, el paciente con trastornos de salud física crónica que tiene también trastornos mentales comórbidos de ansiedad y depresión presenta unos sobrecostes de unas 2.000 libras (2.577 euros) por año (Naylor et al., 2012). Si la tasa de remisión del tratamiento psicológico en IAPT es al menos del 50%, se podrían ahorrar unas 1.000 libras (1.289 euros) de sobrecostes cada año, de media en el conjunto de pacientes tratados, con lo que en el primer año ya se habrían cubierto los gastos de todo el grupo tratado, y este ahorro seguiría acumulándose cada año a lo largo del tiempo.

La fuerza de estos datos y argumentos publicados en estos artículos está produciendo ya importantes cambios en el sistema sanitario. De hecho se acaba de firmar un acuerdo en Reino Unido para hacer aún más accesible el tratamiento cognitivo-conductual y aplicar las técnicas psicológicas no sólo a los pacientes con trastornos mentales, sino también a los pacientes con enfermedad física crónica que presenten problemas de ansiedad o depresión (Naylor et al., 2012).

El ensayo clínico PsicAP (Psicología en Atención Primaria)

El análisis del estado de la cuestión del tratamiento de los problemas psicológicos en AP en España y Reino Unido es cada vez más diferente. Lo que ha llevado a Psicofundación a promover un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico cuyo objetivo es demostrar que el tratamiento psicológico basado en la evidencia es más eficaz que el tratamiento habitual de Atención Primaria, esencialmente farmacológico. Además, pretende demostrar que este tratamiento cognitivo-conductual, llevado a cabo en grupo y con enfoque transdiagnóstico, es coste eficaz y puede ser adoptado por su relación coste-utilidad. Se trata de un ensayo clínico de dos grupos paralelos, grupo experimental de tratamiento psicológico con 7 sesiones de técnicas cognitivo-conductuales y grupo control de tratamiento convencional en AP. El grupo experimental sigue un protocolo manualizado en el que se incluyen: entrenamiento psicoeducativo, sobre las emociones y los trastornos emocionales, con especial incidencia en los tipos de disfunción emocional presentes en el grupo; entrenamiento en observación y modificación de distorsiones cognitivas y de la regulación emocional; entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración, imaginación y sugestión; entrenamiento en habilidades conductuales y sociales, exposición a situaciones emocionales; y prevención de recaídas. Se tomarán medidas sobre síntomas clínicos y disfunción en distintos ámbitos. Se hará un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Este ensayo se está llevando a cabo actualmente en 7 Comunidades Autónomas (CCAA) y 22 Centros de Salud (CS) de AP, en el que participan más de 180 investigadores entre médicos y psicólogos. Está a punto de ampliarse a 10 CCAA y 28 CS. Una vez conseguidos los permisos de los Comités de Ética de la Investigación (CEIC) de cada Comunidad Autónoma y de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), se han captado hasta junio de 2016 a más de 1.200 participantes de toda la geografía nacional, se han evaluado a unos 1.000, a los que se han aplicado los criterios de admisión al ensayo. Se han incluido aproximadamente a la mitad, que están siendo tratados de sus problemas emocionales, bien con técnicas psicológicas (grupo experimental), bien con el tratamiento habitual de AP, esencialmente farmacológico (grupo control). Ya han concluido el tratamiento, con evaluación completa, más de 300 participantes.

Los resultados principales del ensayo (n=323) muestran una mayor reducción de síntomas de ansiedad, depresión y somatizaciones en el grupo experimental, que en el grupo control: el tamaño del efecto conseguido (d) para los síntomas de ansiedad es tres veces superior en el grupo de tratamiento psicológico que en el grupo de tratamiento habitual (0,43 vs. 1,36); a su vez, el tamaño del efecto para la depresión es cuatro veces mayor (0,32 vs. 1,14). Además, el grupo experimental reduce más la discapacidad y aumenta más la calidad de vida, que el grupo control.

Igualmente, en los pacientes que han recibido tratamiento psicológico el porcentaje de casos curados y mejorados es también mayor. En el grupo experimental, se obtienen tasas de

recuperación entorno al 70% para ansiedad y depresión, mientras que en el grupo control se sitúan en torno al 25%. Se recuperan aproximadamente el doble de pacientes (2,4 veces) del grupo de tratamiento psicológico (67%), para la ansiedad, que en el grupo de tratamiento habitual (27,4%); mientras que, en el caso de la depresión, dicha tasa es el triple a favor del grupo experimental (72% vs. 24,2%).

Así mismo, es mayor la disminución del consumo de psicofármacos y de la hiperfrecuentación a las consultas de Atención Primaria en el grupo experimental.

Con sólo 7 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual, aplicadas en subgrupos de unas 8 personas, se consiguen resultados muy superiores a los alcanzados con el tratamiento habitual de Atención Primaria. Todos los resultados analizados hasta este momento son similares, pero ahora con una muestra mucho mayor, a los que se consiguieron en un estudio piloto previo al ensayo, en el que el grupo control recibió el tratamiento habitual reforzado con entrenamiento grupal en relajación.

En los seguimientos a 3, 6 y 12 meses, que ya se están comenzando a analizar, aunque se precisa incrementar las muestras, se observa un mantenimiento de las ganancias terapéuticas, que en algunos casos continúan incrementándose a lo largo del tiempo.

Los resultados son acordes con la revisión de la literatura científica que hemos llevado a cabo en la introducción y validan claramente el tratamiento cognitivo-conductual descrito en el Manual del Terapeuta PsicAP para la atención de alteraciones emocionales en AP.

Estos datos del ensayo clínico PsicAP ponen de manifiesto la necesidad y viabilidad de poner en marcha el siguiente paso (PsicAP2), que sería iniciar un estudio sobre la implementación de terapias psicológicas para la ansiedad y la depresión en la práctica rutinaria de los Centros de Salud de Atención Primaria. La evaluación de esta experiencia piloto, desarrollada en la práctica diaria de los psicólogos clínicos en las consultas de Atención Primaria, mediante un estudio observacional pragmático que mida la relación coste-utilidad del tratamiento psicológico cognitivo-conductual y la del tratamiento habitual, será imprescindible para tomar decisiones sobre la implantación en el futuro del tratamiento psicológico en el primer escalón del SNS.

Referencias

- Bakken, M. S., Engeland, A., Engesæter, L. B., Ranhoff, A. H., Hunskaar, S., & Ruths, S. (2014). Risk of hip fracture among older people using anxiolytic and hypnotic drugs: a nationwide prospective cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(7), 873–80. <http://doi.org/10.1007/s00228-014-1684-z>
- Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD008012. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD008012.pub3>
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1–3), 27–34. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*.

- Geneva: *World Economic Forum*. Geneva. Retrieved from http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
- Campbell-Sills, L., Stein, M. B., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Sullivan, G., Golinelli, D., ... Roy-Byrne, P. (2013). Effects of medical comorbidity on anxiety treatment outcomes in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 75(8), 713–20. <http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31829def54>
- Catalina-Romero, C., Martínez-Muñoz, P., Quevedo-Aguado, L., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C., & Calvo-Bonacho, E. (2013). Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad [Predictors of the duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders]. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 40–6. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.008>
- Catalina-Romero, C., Pastrana-Jiménez, J. I., Tenas-López, M. J., Martínez-Muñoz, P., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C., & Calvo-Bonacho, E. (2012). Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 62(5), 375–8. <http://doi.org/10.1093/occmed/kqs043>
- Catalina Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J. C., Barrenechea Albarrán, J. L., Madrid Conesa, A., & Calvo Bonacho, E. (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo [Modulating variables of work disability in depressive disorders]. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 39–46. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.006>
- Chapman, A., Liu, S., Merkouris, S., Enticott, J. C., Yang, H., Browning, C. J., & Thomas, S. A. (2015). Psychological Interventions for the Management of Glycemic and Psychological Outcomes of Type 2 Diabetes Mellitus in China: A Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Public Health*, 3, 252. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00252>
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., ... Haro, J. M. (2007). Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España [Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(Suppl 2), 29–36.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., ... Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España [Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 Suppl 2, 21–8.
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., & Penninx, B. W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *The American Journal of Psychiatry*, 171(4), 453–62. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13030325>
- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001134. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Department of Health. (2012). *IAPT Improving Access to Psychological Therapies. IAPT 3 Year Report - The first million patients. November 2012*. London. Retrieved from [http://www.iapt.nhs.uk/news/iapt-3-year-report--the-first-million-patients-november-2012-/](http://www.iapt.nhs.uk/news/iapt-3-year-report--the-first-million-patients-november-2012/)

- DiMauro, J., Domingues, J., Fernandez, G., & Tolin, D. F. (2013). Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult outpatient clinic sample: a follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(2), 82–6. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.003>
- Dubois, S., Bédard, M., & Weaver, B. (2008). The impact of benzodiazepines on safe driving. *Traffic Injury Prevention*, 9(5), 404–13. <http://doi.org/10.1080/15389580802161943>
- Eccleston, C., Fisher, E., Law, E., Bartlett, J., & Palermo, T. M. (2015). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD009660. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD009660.pub3>
- Eccleston, C., Palermo, T. M., Williams, A. C. de C., Lewandowski Holley, A., Morley, S., Fisher, E., & Law, E. (2014). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD003968. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003968.pub4>
- Fernández, A., Mendive, J. M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., ... Serrano-Blanco, A. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 201, 137–42. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096305>
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., ... Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 201–9. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.11.015>
- Fernández, A., Rubio-Valera, M., Bellón, J. A., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Mendive, J. M., ... Serrano-Blanco, A. (2012). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAP study. *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 227–33. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.01.012>
- Fonagy, P., & Clark, D. M. (2015). Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: Commentary on ... Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies. *BJPsych Bulletin*, 39(5), 248–51. <http://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052282>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–8. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 349–61. <http://doi.org/10.1002/eat.22298>
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 26(1), 1–9. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.26.1.1>
- INE. (2015). Encuesta Europea de salud en España (ESEE 2014). Retrieved March 2, 2015, from http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. (2015). Memoria Tráfico INTCF 2014. Retrieved March 7, 2016, from

- https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/publico/ciudadano/informacion_institucional/organismos/instituto_nacional_de_toxicologia_y_ciencias_forenses/documentacion/memorias/!ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3g_A1cjCydDRwMDUwNLA08nwzAvM0czAwsjU_
- Jassim, G. A., Whitford, D. L., Hickey, A., & Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD008729. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD008729.pub2>
- Jensen, M., Agbata, I. N., Canavan, M., & McCarthy, G. (2015). Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(2), 130–43. <http://doi.org/10.1002/gps.4208>
- Kahana, S., Drotar, D., & Frazier, T. (2008). Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6), 590–611. <http://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm128>
- Kammerlander, C., Gosch, M., Kammerlander-Knauer, U., Luger, T. J., Blauth, M., & Roth, T. (2011). Long-term functional outcome in geriatric hip fracture patients. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 131(10), 1435–44. <http://doi.org/10.1007/s00402-011-1313-6>
- Lara, E., Garin, N., Ferrari, A. J., Tyrovolas, S., Olaya, B., Sánchez-Riera, L., ... Haro, J. M. (2015). The Spanish Burden of Disease 2010: Neurological, mental and substance use disorders. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental (English Edition)*, 8(4), 207–217. <http://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2015.10.003>
- Latorre Postigo, J. M., López-Torres Hidalgo, J., Montañés Rodríguez, J., & Parra Delgado, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 36(2), 85–92. <http://doi.org/10.1157/13076608>
- Layard, R., & Clark, D. M. (2015). Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing. *Frontiers in Psychology*, 6, 1713. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01713>
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). *Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities*. London: The King's Fund and Centre for Mental Health. Retrieved from http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/long-term-conditions-mental-health-cost-comorbidities-naylor-feb12.pdf
- NICE. (2011). *Common Mental Health Disorders*. Leicester (UK): British Psychological Society. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>
- OECD. (2016). OECD Health Data: Pharmaceutical market, OECD Health Statistics (database). Retrieved September 15, 2016, from <http://stats.oecd.org/index.aspx?r=512151#>
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One*, 9(8), e105471. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: an analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the

- East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 37–45.
<http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.001>
- Richards, D. A., & Borglin, G. (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 133(1–2), 51–60. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.024>
- Rivas, M., Nuevo, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud [Subclinical depression in Spain: prevalence and health impact]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), 144–9.
<http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.05.005>
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 52–8. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>
- Rovira, J., Albarracin, G., Salvador, L., Rejas, J., Sánchez-Iriso, E., & Cabañes, J. M. (2012). The cost of generalized anxiety disorder in primary care settings: results of the ANCORA study. *Community Mental Health Journal*, 48(3), 372–83. <http://doi.org/10.1007/s10597-012-9503-4>
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E., Fayyad, J., ... Williams, D. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39(1), 33–43.
<http://doi.org/10.1017/S0033291708003188>
- Song, J.-E., Kim, T., & Ahn, J.-A. A systematic review of psychosocial interventions for women with postpartum stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JGNN / NAACOG*, 44(2), 183–92. <http://doi.org/10.1111/1552-6909.12541>
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., ... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD011142. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>
- van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 23–32.
<http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.019>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175, 152–167.
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- Wiles, N. J., Thomas, L., Turner, N., Garfield, K., Kounali, D., Campbell, J., ... Hollinghurst, S. (2016). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 137–144. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00495-2](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00495-2)
- World Health Organization. (2014). Mental Health Atlas-2014. Country profiles. Spain. Retrieved September 15, 2016, from
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/
- Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for

Insomnia Comorbid With Psychiatric and Medical Conditions: A Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(9), 1461–72. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3006>